

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 527

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean DIJON

Né le 2 Février 1912, à Rouen (Seine-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉMATOME-MÔLE DE BREUS

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean DIJON

Né le 2 Février 1912, à Rouen (Seine-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉMATOME-MÔLE DE BREUS

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIÈRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale.....	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALIE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR JOSEPH DIJON

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉVY-SOLAL

Avec nos sentiments de respectueuse et profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAURET

Professeur de Clinique obstétricale
à l'École de Médecine de Rouen

*Inspirateur de ce travail, qu'il
veuille bien trouver ici l'assu-
rance de notre respectueux atta-
chement et notre vive gratitude
pour les conseils éclairés qu'il
nous prodigua et le bienveillant
intérêt qu'il ne cesse de nous
témoigner.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTIN

Professeur honoraire de Clinique Obstétricale
à l'École de Médecine de Rouen

*Il nous initia à la Pratique
obstétricale. Nous lui restons pro-
fondément reconnaissant d'avoir
dirigé nos pas dans cette voie, et
de nous avoir fait profiter des
leçons de son expérience.*

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MM. LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE ROUEN

1932. A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE DEROCQUE
(*In memoriam*).

1932. A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ DEROCQUE

1933. A MONSIEUR LE DOCTEUR NÉE

1934. A MONSIEUR LE DOCTEUR M. LOISEL

1934. A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

1935. A MONSIEUR LE DOCTEUR LECAPLAIN

1935. A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPRÉ

1936. A MONSIEUR LE DOCTEUR LACROIX

A NOS MAITRES INTÉRIMAIRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN.

MONSIEUR LE DOCTEUR FLEURY

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DESSAINT

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR HÉCART

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR REVERSE

Oculiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DELAPORTE

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELARUE

Histologiste

INTRODUCTION

Affection extrêmement rare, l'hématome-môle ou môle de Breus a été individualisée depuis peu de temps, et on ne peut réunir sur elle qu'un petit nombre de travaux.

Depuis que BREUS, en 1892, a décrit les signes anatomiques de cette forme de môle, et a montré ses différences avec la môle charnue et la môle hydatiforme, chaque nouveau cas publié a remis en présence des théories contradictoires, car la pathogénie de cette affection n'est pas encore fixée définitivement.

S'il paraît certain que quelques cas passent inaperçus, et sont considérés comme de simples fausses couches, l'analyse rigoureuse des cas publiés jusqu'ici, au nombre d'une trentaine, nous permet de penser qu'un certain nombre n'était pas des hématomes — môles véritables — et qu'en définitive, très peu (cinq ou six en France depuis 1918) présentent tous les caractères décrits par BREUS.

L'examen histologique permet d'ailleurs maintenant d'éliminer les rétentions prolongées d'œufs normaux, et, par ailleurs, d'affirmer le diagnostic.

C'est pourquoi, il nous a paru intéressant de pu-

blier deux cas d'hématome môle, tous deux confirmés par l'examen histologique — l'un d'eux surtout qui fut surveillé pendant toute son évolution, a présenté un certain nombre de caractères particuliers qui nous ont paru convenir à l'étude de la pathogénie de cette affection.

HISTORIQUE

La môle de Breus semble avoir été d'abord signalée sans que l'on ait attaché d'importance aux caractères particuliers des membranes du fœtus et du placenta. Ce sont plutôt aux conditions de l'avortement qu'ont paru s'intéresser les premiers auteurs qui l'ont signalée.

C'est en 1847, que MULLER parle pour la première fois de l'avortement d'œufs retenus longtemps dans la cavité utérine. Il signale simplement l'existence d'hématomes contenus dans l'épaisseur des membranes.

Après lui, quelques auteurs, JACOBSON, SCHWALBE, SPIEGELBERG font les mêmes remarques.

DUNCAN, en 1879, dans un article sur l'avortement, met en lumière une forme spéciale, au sujet de laquelle il parle des hématomes sous-choriaux. Il fait remarquer que l'œuf n'est pas expulsé aussitôt après la mort du fœtus, sans cependant entraîner ni infection, ni hémorragie abondante.

LEDETSCH 1880, et BUDIN 1888, reprennent l'exposé de DUNCAN.

C'est en 1892 que BREUS publia son premier ar-

ticle sur la question. Il est le premier à rechercher l'origine de ces hématomes, et à exposer sur la pathogénie de cette affection, une théorie que nous développerons plus loin, et que NEUMANN combattit cinq ans plus tard.

NEUMANN, s'appuyant sur dix observations personnelles, niait l'existence de l'hématome môle. BREUS répliqua, en contestant la valeur des pièces sur lesquelles étaient fondés les arguments de NEUMANN. Pour BREUS, ces dix cas n'étaient que des avortements normaux, ou des rétentions d'œufs morts, mais aucun ne présentait, à son avis, les caractères de la véritable hématome-môle.

Il semble d'ailleurs, que BREUS n'avait pas tort de douter de l'authenticité des pièces présentées par NEUMANN, car l'hématome-môle semble très rare.

En France, dans le cours des vingt dernières années, depuis que le diagnostic histologique permet de confirmer le diagnostic clinique, on a signalé quatre observations : l'une en 1921, l'autre en 1927, par le Professeur AUDERODIAS.

Un troisième cas a été relaté, en 1924, par les Docteurs PÉRY, BOURSIER, MONGE. DÉSENISS pense que l'hématome-môle devient plus rare, par ce fait que les femmes sont curettées dès la première perte sanguine.

Cette opinion paraît exagérée, car les hémorragies de l'hématome-môle très peu importantes, relèvent plus en clinique, du traitement médical que du curettage systématique.

KLEINE, en 1934, se basant sur des coupes histologiques faites au niveau du chorion d'une môle de Breus, réfute toutes les théories en cours et voit l'origine de cette affection dans une exagération de la défense de l'organisme maternel contre l'œuf. Ce dernier serait complètement isolé de la circulation maternelle bien avant son expulsion.

REEB, de Strasbourg, relate un quatrième cas en 1937, et repousse les conclusions de KLEINE ; il s'appuie sur un nouvel examen histologique des membranes et des villosités, et sur l'existence de la réaction d'Asheim Zondeck.

ADAM a publié cinq observations recueillies à la clinique de Nancy, mais il a déclaré lui-même qu'aucune ne répondait entièrement à la description de BREUS.

Nous verrons dans la pathogénie de l'hématome-môle les différentes théories qui sont restées en présence. Aucune n'explique entièrement les faits. Cependant la théorie de BREUS modifiée semble la plus rationnelle.

ÉTUDE CLINIQUE

L'hématome-môle, autant qu'on en puisse juger par le petit nombre de cas signalés, et dont on a donné l'observation, ne semble présenter aucun de ces signes pathognomoniques, qui dans une affection, permettent un diagnostic précis et immédiat.

Il semble bien que les différents auteurs, qui ont relaté les quelques cas que nous avons rassemblés, se sont bornés : ou à poser le diagnostic d'interruption de la grossesse et à provoquer ou attendre l'expulsion de l'œuf mort ; ou à décrire les signes cliniques après l'avortement qui a révéélé l'hématome-môle.

Nous pouvons décrire les signes de cette affection en la mettant en parallèle avec une grossesse normale, et distinguer ainsi deux périodes ayant chacune une symptomatologie de valeur très différente, suivant que l'on se trouve dans les premiers ou les derniers mois de la gestation.

Nous verrons ensuite les caractéristiques de cet avortement après une rétention parfois très longue, les dangers qu'il peut présenter, et les suites immédiates et lointaines de cette affection.

Voyons d'abord comment peut se révéler une hématome-môle dans les premiers mois qui suivent la disparition des règles.

A cette période de la gestation où, les bruits du cœur et les mouvements actifs fœtaux manquent pour affirmer la grossesse, on ne peut se baser que sur les signes de présomption habituels, l'examen de l'utérus et les troubles particuliers ressentis par la malade.

Si l'on examine les observations de FOBE, d'ADAM, et l'observation N^o 1, on voit que la forme, la consistance et la hauteur de l'utérus n'éveillent aucun doute sur l'existence de la grossesse non plus que sur son évolution ultérieure. De plus, la hauteur utérine dans le cas de FOBE et dans une de nos deux observations, est, au moment des premiers examens, en rapport avec la date des dernières règles et vient préciser la date prévue pour l'accouchement.

Nous notons simplement dans notre première observation l'absence de la présentation et l'absence des bruits du cœur. Ce qui n'a pas paru suspect pour une grossesse de quatre mois environ. On a pensé à un œuf légèrement hydramniotique.

D'autre part, nous ne remarquons, dans ces observations, rien au sujet des signes fonctionnels. Les troubles qui accompagnent presque toujours un début de grossesse, sont ressentis par toutes ces malades. A la date supposée de l'arrêt de la grossesse, il ne s'est pas produit de montée laiteuse ; parfois quelques gouttes de sang ont fait penser à une menace

d'avortement, mais le repos au lit et la morphine ont fait cesser cette crise et la grossesse a suivi son cours. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ces hémorragies.

On voit qu'à cette période, il est pour ainsi dire impossible de penser à l'hématome-môle, tant les quelques signes qui semblent se reproduire constamment sont voisins de ceux d'une grossesse normale.

Nous verrons maintenant comment se présente une hématome-môle dont l'évolution remonte à plus de cinq mois. Si les signes cliniques sont plus facilement mis en lumière, leur interprétation est presque forcément erronée.

Nous trouvons en effet comme signes physiques :

L'absence des bruits du cœur : Cette absence n'est pas forcément un signe de mort du fœtus. Surtout sur un œuf légèrement hydramniotique, on ne peut se contenter de ce seul signe pour affirmer l'arrêt d'une grossesse.

L'absence des mouvements fœtaux : Nous pourrions reprendre l'argument présenté pour les bruits du cœur. De plus, certaines femmes, comme nous en avons un exemple, ne peuvent-elles s'illusionner au point de sentir ces mouvements et d'en faire, d'elles-mêmes, une description classique.

L'absence de la présentation : La palpation ne donne aucun résultat. On a la sensation d'un œuf hydramniotique fortement tendu. Le toucher, qui dans ce

cas permet parfois de refouler la présentation à travers les culs-de-sac, en donnant une sensation de glacon, est toujours négatif. C'est partout la même impression de rénitence.

A ces signes viennent se joindre deux faits observés déjà dans plusieurs cas, et que nous avons retrouvés dans nos observations :

L'arrêt de développement d'un utérus dont l'évolution a jusque-là paru normale. Arrêt se produisant sans aucun des troubles qui accompagnent la mort du fœtus. Nous n'avons noté nulle part de montée laiteuse, ni de début de travail dans les jours qui suivirent.

La diminution rapide du volume de l'utérus correspondant à la résorption du liquide hydamniotique ou non, contenu dans l'œuf.

Cette « fonte » de l'utérus semble se produire assez rapidement pour que dans le cas observé, on ait pu éliminer bientôt le diagnostic de mort fœtale avec macération aseptique.

Tels sont les signes cliniques que nous pensons pouvoir grouper sur l'hématome-môle à sa période de latence.

Nous examinerons maintenant quels accidents peuvent survenir, avant, pendant et après l'expulsion de l'œuf.

Avant l'expulsion de l'hématome-môle, le seul accident relevé jusqu'ici est *l'hémorragie*. Cette hémorragie, peu importante, est fréquente ; nous la retrouvons dans trois cas sur cinq — et décrite

presque dans les mêmes termes. La femme qui a ressenti quelques douleurs espacées, voit son linge souillé de quelques gouttes de sang ; l'hémorragie se répète pendant deux ou trois jours, puis tout redevient normal par le traitement habituel des menaces d'avortement. Cette hémorragie ne se produit pas en même temps que l'avortement. Dans deux cas, elle le précède de plusieurs mois ; et d'après l'étude des môles expulsées elle ne semble suivre que de très loin la mort du fœtus.

L'hémorragie grave ou simplement abondante, fréquente au début des fausses couches des premiers mois, ne se voit pas dans l'hématome-môle.

L'expulsion de l'hématome-môle est aussi dépourvue de complication. En effet, la rétention, l'infection, l'hémorragie semblent ne jamais se présenter. On remarque au contraire, dans toutes les observations que l'utérus expulse l'œuf, mort depuis longtemps, après un travail peu intense, qui souvent ne dépasse pas une journée. L'œuf est expulsé complet, sans même que ce qui reste de liquide amniotique se soit écoulé par rupture des membranes. Dans l'observation N^o 2 où un curettage fut nécessaire, la masse placentaire se décolla presque d'un bloc, et la curette la ramena à l'orifice cervical à peu près entière.

Il semble qu'après un certain temps de rétention, l'œuf, non infecté soit maintenu dans la cavité utérine par une très faible surface placentaire et par l'épaisseur de ses membranes, ce qui explique l'ab-

sence de rétention, partant d'infection après l'avortement.

L'avortement de l'hématome-môle est donc aussi différent de l'avortement ordinaire, que de l'expulsion spontanée d'une môle hydatiforme. Celle-ci est en effet caractérisée par des hémorragies qui peuvent être violentes ou continues aussi bien qu'à répétition.

La même différence semble exister dans les suites éloignées de cette affection. L'histoire clinique des malades observées semble s'arrêter à l'expulsion de l'œuf. Cependant, celles qui ont été suivies pendant quelque temps, n'ont présenté aucun symptôme de complications ni locales ni générales ; l'utérus débarrassé de l'œuf mort est redevenu normal. Les règles n'ont pas été modifiées.

Nous dirons à la fin de ce chapitre un mot des réactions biologiques dans l'hématome-môle. Comme l'avait constaté le Professeur REEB, et en opposition avec les théories de KLEINE, la réaction d'Asheim-Zondeck s'est révélée positive dans nos deux observations. Dans le premier cas, hystérectomie, la réaction est devenue moins importante et est enfin complètement négative.

On voit donc que les premiers symptômes de cette affection, à peu près inexistants dans les premiers mois, tendent plutôt, à partir du cinquième mois, à diriger le clinicien vers le diagnostic de grossesse interrompue avec rétention d'œufs morts. Le seul élément qui permettrait de soupçonner cliniquement le diagnostic de môle-hématome serait la con-

tradiction entre l'examen clinique qui montre une grossesse manifestement arrêtée, avec diminution nette du volume de l'utérus et une réaction biologique qui reste positive.

ÉTUDE ANATOMIQUE DES PIÈCES

Nous exposerons dans ce chapitre les caractéristiques anatomiques de l'hématome-môle tels que BREUS les a décrits. Puis nous exposerons, d'après les pièces que nous avons étudiées et les observations auxquelles nous nous sommes reporté, les lésions spéciales à chacune des parties de l'œuf intéressées dans la môle de BREUS.

BREUS donnait comme signes spécifiques de la môle :

a) La disproportion entre le volume de l'œuf et la durée de la gestation, résultat de la rétention intra-utérine souvent prolongée de l'œuf après qu'il a succombé.

b) La disproportion entre le volume de l'œuf et celui de l'embryon, celui-ci bien inférieur comme taille et comme développement à ce qu'il devait être à l'âge présumé, d'après la dimension des membranes.

c) L'existence à la surface de la cavité de l'œuf de tumeurs de formes variables, constituées par des hématomes sous-choriaux de la caduque.

d) Le plissement plus ou moins accentué des membranes amniochoriales.

Ces quatre signes anatomiques décrits par BREUS ont été confirmés ensuite et expliqués par l'examen histologique des pièces. Nous allons reprendre cet exposé et décrire en détail les lésions révélées sur les hématomes-môles.

Les dimensions de l'œuf ont été, dans tous les cas signalés, inférieures à celles du poing ; dans plusieurs cas même, ils atteignaient la taille d'une petite orange. La durée de la gestation ne semble avoir aucune influence. Une rétention de plus de cinq mois donne un œuf du volume de deux mois et demi environ. Dans un cas où la grossesse était âgée de quatre mois, après une rétention d'environ trois semaines, le volume de l'œuf était normal, trois mois environ. Ces dimensions semblent plutôt être en fonction, d'une manière toute relative, avec la durée de la gestation vraie et en rapport avec la taille du fœtus.

Les membranes paraissent avoir attiré d'abord l'attention, et ce fait s'explique aisément. Ce sont elles qui subissent les plus importantes modifications macroscopiques. Souples et translucides sur un œuf normal d'un mois et demi à deux mois, elles se présentent ici sous la forme d'une coque, épaisse parfois d'un centimètre, d'une coloration blanc jaunâtre, dont la coupe a l'aspect d'une couenne grisâtre striée de place en place de traînées plus sombres représentant des épanchements sanguins anciens. La surface interne est irrégulière, tomenteuse, repoussée vers

l'intérieur de la cavité amniotique par les hématomas sous-choriaux.

Ces *hématomes* se présentent sous la forme de tuméfactions hémorragiques, d'un brun violacé de dimensions très variables. Ils ont une forme générale se rapprochant d'une demi-sphère, la face plane tournée à l'extérieur vers la paroi la plus résistante, en fait le muscle utérin qui empêche le refoulement de la caduque. La partie de l'hématome tournée vers l'intérieur de l'œuf est variable comme forme et comme dimensions. Sur la pièce qu'a examinée REEB, celui-ci a noté des hématomas pédiculés, mesurant deux à trois centimètres de hauteur. En général, ils sont d'une taille moindre et surélèvent simplement les membranes. Par contre, peu d'auteurs signalent les caractères du *liquide amniotique*, et ne font aucune remarque à ce sujet. Dans un cas nous avons pu observer un liquide épais, jaune foncé que l'on peut comparer à de la bière brune. Cette rétention paraît due à la présence d'éléments sanguins dans le liquide amniotique. Il s'agissait dans ce cas d'une rétention remontant à plus de cinq mois.

Le placenta qui présente surtout de l'intérêt au point de vue histologique, paraît profondément modifié et son aspect varie avec l'âge de la grossesse. Une fois l'embryon mort, il semble se fixer. Dans la plupart des cas d'ailleurs, il ne s'agit pas de placenta, à proprement parler. Comme nous le verrons au cours de l'examen histologique, l'évolution semble très fréquemment s'arrêter à un moment où la diffé-

renciation entre chorion villex et chorion chauve est en train de se produire. Il se présente dans ce cas comme une zone rouge, congestive sans caractères macroscopiques importants. Dans un cas où le placenta était depuis longtemps bien individualisé, nous avons constaté qu'il se présentait comme une masse charnue, rouge grisâtre, ne présentant plus qu'en quelques points la consistance et le granité normal ; partout ailleurs il semblait assez comparable au placenta décrit dans l'apoplexie utérine.

Le cordon, lorsqu'il existe ou que l'on peut le retrouver, ne présente pas de lésions apparentes ; son diamètre à l'état normal est assez variable, mais dans le môle de Breus, il est apparu plusieurs fois œdématisé et infiltré.

La taille de l'embryon est variable et c'est surtout d'après son aspect et ses dimensions, joints à l'étude histologique du placenta et des membranes, que l'on peut fixer approximativement l'époque de l'arrêt de la gestation. Sa longueur qui n'excède pas parfois 1 centimètre ne permet de le reconnaître qu'au début de formation céphalique et à l'ébauche des yeux visibles, sur l'extrémité renflée, sous la forme de deux points foncés.

On peut trouver un peu plus tard un début de courbure céphalique ; les membres commencent à se développer et sont aisément visibles. L'existence du cordon ombilical ne permet plus le doute.

Mais parfois l'arrêt qui s'est produit dans le développement embryonnaire a été plus tardif et l'on se

trouve alors en présence d'un fœtus qui paraîtrait normal s'il n'y avait la notion de rétention prolongée pour attirer l'attention. Il s'agissait dans ce cas d'une rétention de près de neuf mois et l'embryon ne présentait aucun signe de macération ni de décomposition. Sa longueur était d'environ 5 centimètres, sa couleur rosée était tout à fait en désaccord avec la longueur de la rétention. Sa consistance osseuse surtout était différente de celle que l'on remarque d'habitude dans les longues rétentions. Sa consistance ne rappelait en rien celle des fœtus macérés ou putréfiés. On aurait pu croire, malgré cette rétention, à une grossesse interrompue de la veille.

CARACTÈRES HISTOLOGIQUES

Nous prendrons comme type de description histologique, le cas semblant se présenter le plus fréquemment, c'est-à-dire celui où les membranes présentent partout les mêmes aspects microscopiques. Les villosités choriales se rencontrent encore sur tout le pourtour de l'œuf, et seule l'étude de leur structure permet de situer ce qui sera plus tard chorion chauve ou membrane choriale, et chorion villex ou placenta.

Les lésions que nous pourrions relever dans un placenta complètement évolué ne diffèrent pas de celles que nous allons étudier.

L'examen histologique de la paroi de l'œuf, fait en divers endroits, va nous montrer le plissement de l'amnios et du chorion, la zone où se produisent les hématomes et les lésions siégeant sur les villosités choriales. Plus en dehors nous trouverons la caduque peu ou pas modifiée.

L'amnios avec son épithélium est presque partout en bon état de conservation ; seul l'épithélium amniotique en quelques rares endroits est mal coloré.

Le chorion a une épaisseur très variable ; son épithélium est rarement conservé. Cette inégalité

d'épaisseur semble due aux différences de pression exercées par les hématomes en des points déterminés. A certains endroits, la membrane chorale pousse des prolongements dans l'espace inter-villeux sous-jacent. Ceux-ci sont tapissés de cellules syncytiales exubérantes et bien colorées formant des massues et des guirlandes. On y trouve également des vaisseaux sanguins.

Nous trouvons ensuite la zone des hématomes qui siègent immédiatement au-dessous du chorion. Elle est constituée par des amas de sang vieux et de fibrine disposée en lamelles. C'est dans cette zone que se trouvent les villosités très nombreuses dirigées dans tous les sens et dont une coupe montre les différences de taille et de direction. Dans les coupes correspondant au *chorion villeux*, la plus grande partie des villosités est en bon état de conservation. Elles sont entourées d'un syncytium formant parfois des massues. Les cellules de Langhans ne forment pas une couche continue. Le plus grand nombre de villosités ne présente pas trace de vaisseaux, les plus grandes ont un ou deux vaisseaux bien constitués et perméables.

Les villosités situées sur le *chorion chauve* présentent des caractères de dégénérescence ; les villosités sont mortes et ne présentent pas de revêtement syncytial. Il est à noter que les villosités situées près de la membrane chorale sont toutes entourées d'une mince couche de fibrine.

Dans le cas où la membrane choriale ne présente

plus aucune villosité, le placenta remplissant complètement et seul son rôle, l'ancien espace intervilloux est comblé dans la plus grande partie par les hématomes.

En outre, on remarque quelques villosités complètement nécrosées.

La caduque tapisse toute la zone extérieure de l'œuf. Son épaisseur est irrégulière. Dans sa plus grande épaisseur, elle présente des vaisseaux bien constitués. Par endroits elle a subi une infiltration leucocytaire, parfois très dense, surtout dans ses couches extérieures.

Mais plus importante est la *zone de pénétration* ; comprenant des villosités situées immédiatement au-dessous de la caduque et qui parfois y pénètrent et la traversent presque complètement.

Les villosités choriales peuvent à son niveau présenter différents aspects qui, en général, se résument à des aspects régressifs, tels que l'existence d'une couche fibrinoïde les entourant, liquéfaction et destruction plus ou moins complète de la couche syncytiale, disparition de l'axe conjonctivo-vasculaire, plus ou moins complètement détruit.

Mais ce qui est important, tant au point de vue histologique qu'au point de vue pratique, c'est, ainsi que l'avait montré REEB, l'existence de villosités présentant tous les caractères de villosités en activité, soit perdues au milieu de villosités déjà détruites, soit réunies en amas dans de petites zones. La persistance de cette activité fonctionnelle de la villosité se traduisant par la positivité de R. B.

Mais ce qui nous paraît le plus intéressant, c'est que non seulement peuvent exister des villosités normales, mais que par place au milieu des amas dégénératifs, peuvent apparaître des villosités hypertrophiées avec hyperplasie de la couche syncytiale, qui apparaît stratifiée, ayant presque triplé d'épaisseur. L'axe conjonctivo-vasculaire est anormalement développé dans ces villosités qui peuvent encore être le siège de phénomènes œdémateux.

La présence de ces caractères monstrueux des villosités pourrait faire redouter une évolution maligne de cette môle habituellement bénigne comme cela s'est produit dans notre observation N° 2.

Le cordon : dans les cas où on a pu l'observer, ne présentait pas de lésions spéciales. Il était infiltré ; on y remarquait les vaisseaux ombilicaux dont l'état paraissait normal.

RÉACTION BIOLOGIQUE

Cette réaction est appliquée depuis peu dans les cas d'hématomes-môles. KLEINE, le premier, l'a recherchée et a conclu qu'elle n'avait jamais lieu dans ce cas. REEB, en 1937, la pratiqua après l'expulsion d'une môle et la trouva positive. Il souligna à ce moment la cause d'erreur qui constituait ce résultat, faisant conclure à l'évolution d'une grossesse normale, et mettant l'examen physique en contradiction avec les données anamnestiques de la malade.

Dans les deux cas qu'il nous a été donné d'observer, la réaction de Friedmann a été positive.

Dans le 1^{er} cas, faite aussitôt après hystérectomie, et positive, elle n'est devenue négative que quelques mois plus tard.

Dans le 2^e cas, positive après l'expulsion de l'œuf, elle était encore positive 44 jours après l'évacuation de la môle.

PATHOGÉNIE

Si BREUS ne fut pas le premier auteur qui signala des cas de rétention prolongée, offrant des caractères anatomiques spéciaux, ce fut lui qui étudia la question dans son ensemble et qui posa la première théorie de l'hématome-môle.

Pour lui, il s'agit d'un œuf normal dont le fœtus, pour une raison indéterminée, meurt dans les premières semaines de la gestation. Mais cette mort, contrairement à ce qui se produit habituellement, n'entraînerait pas celle de l'œuf dont les membranes continuent à croître. Le volume de l'ensemble, œuf-liquide, gardant le même volume, il s'ensuivrait l'épaississement et le plissement des membranes. Des hématomes se formeraient alors dans ces replis amniotiques préexistants. C'était là, d'après BREUS, la différence entre ces hématomes et ceux que l'on peut trouver dans les œufs morts en rétention ou dans les môles charnues.

Cette théorie fut discutée par NEUMANN qui niait la spécificité et la réalité de l'hématome môle. Il niait également la croissance isolée des membranes après la mort de l'embryon et soutenait que l'héma-

tome-môle n'était qu'une forme particulière du môle charnue.

Il semble bien, comme nous l'avons dit, que NEUMANN se soit basé sur des observations d'une valeur contestable.

Les différents auteurs qui se sont intéressés à cette affection, peuvent ensuite se diviser en deux groupes, chaque groupe attribuant une origine différente à l'hématome môle.

Le premier, avec BREUS et GOTTSCHALK, qui soutient le développement des membranes après la mort de l'embryon, leur plissement et la formation secondaire des hématomes.

Le deuxième, représenté par DAVIDSON, ENGEL, TAUSSIG, BAUEREISEN, HAUSSER, explique les particularités des membranes, par une affection primitive de l'œuf, l'hydramnios. La résorption du liquide amniotique suivrait la mort du fœtus, les membranes devenues trop grandes pour une quantité de liquide allant toujours en diminuant, se plisseraient et les hématomes résulteraient de la poussée mécanique d'hémorragies se produisant au niveau des membranes.

ADAM, de Nancy, rapproche l'hématome-môle de la môle charnue et explique leur différence par le fait de l'hydramnios. Il s'agirait, dans les deux cas, du même processus dégénératif ; mais les caractères spéciaux de l'hématome-môle résulteraient du volume anormal de liquide.

FRAIREAU reprend la théorie de DAVIDSON.

SCHMITT, après étude histologique des membranes, pense que celles-ci ne peuvent se développer après la mort du fœtus.

En 1931, KLEINE, dans un article paru dans « les Archives de gynécologie » nie, dans la pathogénie de l'hématome-môle, tant la mort du fœtus, que l'hydramnios. Il admet qu'une barrière fibrinoïde épaisse se produit très tôt autour de l'œuf comme moyen de défense de l'organisme maternel contre l'envahissement par le trophoblaste embryonnaire. Cette barrière devient une source de troubles pour la circulation, elle entraîne d'abord une gêne, puis une oblitération de la circulation de retour, tandis que les artérioles, plus résistantes, fournissent encore un apport sanguin.

Le sang de la zone intervilleuse ne pouvant plus s'évacuer normalement, dilate d'abord les espaces intervilleux, puis tente de s'échapper vers les zones de moindre résistance, c'est-à-dire vers la cavité ovulaire et forme ainsi des hématomes qui refoulent devant eux le chorion et l'amnios.

KLEINE donnait comme confirmation de cet isolement absolu de l'œuf de la circulation maternelle, le fait que la réaction d'Asheim-Zondeck était toujours négative dans la môle de Breus.

Les conclusions de KLEINE qui, si elles étaient fondées, détruisaient la théorie de BREUS, ont été discutées par le Professeur REEB, de Strasbourg, en 1937. Ayant pu étudier un cas d'hématome môle, il fit, après expulsion de l'œuf, des coupes en séries

dans le chorion. Ces conclusions contredisent formellement celles de KLEINE. REEB reconnaît l'existence de la barrière fibrinoïde et son importance, mais pour lui, elle n'est pas continue. Elle n'existerait seulement qu'au niveau des villosités mortes, et serait en voie de formation autour des villosités en dégénérescence. Il signale, par contre, l'existence de nombreuses villosités de grandes tailles pourvues de vaisseaux bien constitués et perméables, autour desquelles il n'y a pas de fibrine.

Ces villosités lui paraissent suffisantes pour assurer les échanges de l'œuf avec l'organisme maternel.

REEB trouve là l'explication de l'existence de la réaction d'Asheim-Zondeck et signale sa contradiction apparente avec le diagnostic d'œufs morts.

Mais ce qui nous paraît essentiel dans la pathogénie de la môle de Breus, c'est la persistance de villosités choriales vivantes, longtemps après la mort du fœtus.

En effet, que le processus hémorragique soit dû à l'hydramnios ou qu'il soit lié à un processus de défense de l'organisme maternel contre le trophoblaste, le fait essentiel n'en reste pas moins cette survie de la villosité.

Survie paradoxale, mais cependant indispensable pour permettre la production ou l'augmentation d'un hydramnios très longtemps (5-6 mois) après la mort du fœtus, (comme nous l'avons observé dans notre observation N° 1) et que traduit encore la positivité des réactions biologiques, longtemps après la mort du fœtus.

Il semble que l'on doive rechercher les causes de cette vitalité excessive de la villosité, soit dans une anomalie des phénomènes endocriniens qui président à la nidation de l'œuf, et à la formation du placenta, — et c'est là l'hypothèse la plus probable, — soit dans une anomalie anatomique primitive de la villosité se développant sur un utérus anormal.

OBSERVATIONS

Nous avons pu réunir quelques observations publiées en France depuis 1918. En les exposant, il nous sera facile de montrer les points sur lesquels les différents auteurs ont insisté et leur ressemblance avec les deux observations qui ont été le point de départ de cette thèse.

En 1919, paraît un article d'ADAM, de Nancy, « à propos d'une forme rare d'œuf abortif » dans lequel il joint à l'observation une discussion de la théorie de BREUS et où il émet une théorie personnelle.

Voici l'observation :

1^o « Il s'agit d'un œuf abortif expulsé au troisième mois environ de la gestation, après une rétention probable de trois semaines, par une primipare de 19 ans, sans antécédents pathologiques connus.

L'œuf a été expulsé complet, intact, présentant le volume d'un œuf d'environ trois mois.

Les membranes de l'œuf, très épaissies, sont tapissées d'une membrane amnio-choriale chiffonnée. L'embryon qui occupe cette cavité a seulement 19 millimètres de longueur.

ADAM rappelle ensuite les caractères anatomiques de la môle de Breus, soutient la théorie de l'hydramnios primitif

et conclut en rapprochant l'hématome-môle de la môle charnue. »

BROCHIER et BOULEZ présentent, en 1936, à la Société Obstétrique et Gynécologique de Lyon, un œuf offrant des hématomes sous-choriaux au sujet duquel il donne les renseignements suivants :

2^o « Cet œuf a été expulsé récemment à la Maternité par une femme dont voici brièvement l'observation :

M^{me} P., 35 ans, 4^e gèste ; elle a deux filles vivantes, l'une de 18 ans, l'autre de 16 ans ; elle a fait une fausse couche, il y a une dizaine d'années, Pour cette dernière grossesse, ses règles n'ont pas eu lieu depuis le 3 septembre. La première hémorragie, peu abondante, date du 15 décembre. Elle se répète dans les premiers jours de février avec les mêmes caractères, puis le 24 février, jour où la malade expulse d'un seul bloc la pièce présentée. Il s'agit d'une hématome-môle avec vestige fœtal. »

Nous retrouvons dans cette courte observation les caractères des hémorragies de l'hématome-môle : peu abondantes, espacées ; et ceux de l'expulsion de l'œuf : facile, sans rupture des membranes, sans presque de douleurs et avec une hémorragie très minime.

L'observation publiée par FÖBE, de Strasbourg, est beaucoup plus complète, et nous pourrons y reconnaître l'histoire typique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, de la môle de Breus.

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, primigeste, qui avait eu ses dernières règles du 9 au 13 décembre 1934. Du 21 au 30 mars 1935, la femme perd quelques gouttes de sang quotidiennement. Elle est traitée pour menace d'avortement et reprend bientôt ses occupations. Son accouchement est prévu pour la fin du mois d'août. Entre temps, confiante dans son aménorrhée et le diagnostic posé au début de la gestation par son médecin, elle semble se soucier assez peu de l'absence du développement de l'abdomen et des mouvements fœtaux. La date prévue pour l'accouchement dépassée, la pousse à consulter à nouveau son médecin qui l'adresse à la Maternité.

A l'admission, nous voyons une femme de 25 ans, de bon état général, sans antécédents particuliers. Ses règles furent normales et régulières depuis l'âge de 12 ans. Les dernières datent de 10 mois avant l'admission. L'examen gynécologique montre une nullipare avec un col de 1 centimètre et demi fermé et un utérus du troisième mois en antéflexion. La femme ne saigne point. Le lendemain de l'admission, elle ressent quelques douleurs crampöides, perd un peu de sang et expulse bientôt un œuf de la taille d'un poing d'adulte à surface lisse.

La test lapine et le B. W. faits entre temps sont négatifs. A l'ouverture de l'œuf il s'écoule quelques centimètres cubes de liquide visqueux, brunâtre, teinté de sang. L'embryon qu'il renferme mesure à peine 1 centimètre et passe à première vue inaperçu. La face interne de l'œuf présente sur toute son étendue des bosselures de coloration brunâtre, de dimensions très variables, plus ou moins pédiculées. L'examen microscopique montre des hématomes étendus sous le chorion, et de vieilles villosités choriales, étranglées dans la fibrine, organisées.

REEB, de Strasbourg, présenta à la Société d'Obs-

tétrique et de Gynécologie de cette Ville un très beau cas d'hématome-môle, dont il a surtout développé l'examen microscopique et dont l'étude clinique a été exposée très brièvement.

4^o Une quatrième pare, âgée de 30 ans, dont l'arrêt des règles date de 7 mois, expulse spontanément un œuf du volume de deux mois environ. Ce dernier, ouvert, montre une très petite quantité de liquide amniotique sanguinolent et un embryon d'un centimètre de long, suspendu à un cordon de près de 2 centimètres. Cet embryon présente une courbure céphalique, l'ébauche des yeux et celle des membres. Les membranes sont épaissies et présentent à leur face interne des bosselures hémorragiques très variables de dimensions et d'aspect. Malgré une rétention qui a duré près de cinq mois, la coloration de la pièce est rose rouge, comme un œuf mort récemment.

La réaction biologique d'Asheim-Zondeck est positive ; elle a été faite cinq jours après l'expulsion de l'œuf.

L'étude microscopique montre, outre les irrégularités des membranes internes amnios et chorion, dues aux hématomes, la dégénérescence fibrinoïde se produisant au niveau des villosités choriales ; mais cette réaction n'est pas uniforme et en de nombreux points est complètement absente.

Et l'auteur réfute la théorie de KLEINE basée sur la réaction biologique négative ; il souligne en même temps la difficulté du diagnostic, rendue plus grande par le peu de valeur de cette réaction.

Nous allons maintenant présenter les deux observations que nous avons recueillies. Dans la première, nous reconnaissons, point par point, l'histoire de la

malade de Fobe — elle n'en diffère que par l'intervention nécessitée par l'état de la malade. La deuxième, moins typique, a dû être confirmée par le diagnostic histologique, ce dernier, dans ces deux cas, correspond exactement à la description détaillée fournie par REEB, que nous avons reprise dans notre exposé des caractères histologiques.

Observation recueillie par MM. les Docteurs
SUREAU et LAURET.

Mme B...

A eu quatre frères et sœurs décédés de tuberculose pulmonaire entre 18 et 20 ans.

Le père est traité depuis un an pour des accidents oculaires spécifiques avec B. W. positif.

Première grossesse en 1935, terminée par une fausse couche de six semaines environ, suivie de curetage.

Deuxième grossesse en 1936 ; opérée au terme de deux mois, dit-elle, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Grossesse actuelle : D. R. : début de janvier 1937.

La malade est vue pour la première fois le 3 juin 1937.

A l'examen local : utérus gravide atteignant l'ombilic, tendu ; bien que la malade soit facile à examiner et que la paroi soit très mince, on ne perçoit pas de partie fœtale. Les bruits du cœur ne sont pas perçus : souffle utérin très intense du côté gauche.

Au toucher : le corps est nettement perçu. Le col est dévié à gauche. Les culs-de-sac latéraux sont libres ; le droit seul est un peu sensible.

L'examen général ne montre aucun symptôme pathologique, les réactions sérologiques sont négatives, depuis

un mois et demi environ. La femme dit sentir remuer très nettement chaque jour.

Elle est revue le 1^{er} ou le 2 juillet.

L'utérus est très tendu et donne l'impression d'œuf avec hydramnios. Le volume dépasse l'ombilic de trois travers de doigts.

Pas de partie fœtale accessible ; pas de présentation ; pas de bruits du cœur.

La malade précise les caractères des mouvements fœtaux ; aussi malgré l'absence de présentation et l'absence de bruits du cœur fœtal, l'on pense à une grossesse avec hydramnios léger mais déterminant une tension suffisante pour gêner l'exploration.

Vers le 10 août, se produisent quelques incidents : douleurs abdominales à type de coliques périodiques, quelques pertes hémorragiques peu importantes.

Au début de septembre, l'abdomen diminue et la femme ne sent pas remuer.

A l'examen, l'utérus a le volume d'un utérus gravide de cinq mois environ, est très mou, devient difficile à délimiter. On ne sent aucun ballottement fœtal. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Vers le 15 septembre, l'utérus a nettement régressé. La malade perd des débris blancs jaunâtres, d'aspect caséux alternant avec des pertes brunes fétides. L'état général commence à s'altérer : petits frissons et température atteignant 38°5.

L'un de nous tente d'évacuer l'utérus après dilatation par laminaires. La laminaire franchit facilement l'orifice externe, puis bute sur un obstacle qui paraît être l'orifice interne et qu'on ne peut franchir. L'état général s'altère davantage : frissons, température aux environs de 39°7.

En raison de cet état grave et dans l'impossibilité d'évacuer l'utérus par voie basse, on décide d'intervenir par voie haute.

Une laparatomie est pratiquée le 30 septembre. On trouve un utérus gros comme pour une gestation de deux mois et demi environ, couvert de nombreux petits fibromes.

On pratique une hystérectomie. Suites opératoires normales.

A l'ouverture de l'utérus, issue d'environ 150 centimètres cubes de liquide jaune foncé. La cavité utérine est entièrement recouverte d'une membrane blanc jaunâtre, épaisse d'un demi-centimètre environ. Il existe trois hématomes tubéreux rougeâtres.

L'embryon est minuscule.

Examen histologique. — Myomètre très richement vascularisé, constitué par des fibres musculaires hypertrophiques ou en voie d'involution régressive. Présence de quelques nodules leio-myomateux, surtout dans la couche plexiforme.

Un autre fragment est un fragment de placenta dont les villosités choriales séparées par des caillots fibrino-cruoriques en voie d'organisation, sont le siège d'infiltration œdémateuse, de transformation fibreuse hyaline, de nécrobiose ou d'imprégnation calcaire parfois concrétée.

Le revêtement syncytial des villosités a presque partout disparu. Il persiste pourtant en certains points et prolifère même activement par place.

Observation n° 2 recueillie à la Maternité de l'Hospice Général de Rouen.

M^{me} L..., 34 ans, 8^e gestation.

Malade venue à la consultation de la Maternité, le 22 janvier 1938, au « voisinage du terme », dit-elle ; mais précisant bien en même temps, que jamais au cours de cette grossesse, elle n'avait senti remuer.

Pas de bruits du cœur. Utérus de volume un peu inférieur

à l'âge de la grossesse annoncée par la malade. — Huit mois environ.

On fait le diagnostic de grossesse interrompue.

La malade entre à la Maternité trois jours après.

Antécédents personnels. — L'état général est bon. Elle a été réglée à quinze ans. Règles normales bien qu'habituellement douloureuses. Leucorrhée abondante.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée de tuberculose à 36 ans.

Père décédé accidentellement.

Une sœur bien portante.

Antécédents obstétricaux : De 1924 à 1928.

Trois accouchements avec applications de forceps.

Délivrances et suites de couches normales.

Les trois enfants sont bien portants.

1930. Un accouchement normal à terme.

1932. Accouchement avec forceps. Enfant vivant. Suites normales.

1933. Grossesse avec au sixième et septième mois crises d'éclampsie.

Périphlébite dans les suites de couches.

1936. Septième grossesse, avortement à quatre mois suivi de curetage.

1937. Huitième grossesse : dernières règles le 10 mai.

L'examen montre un utérus de sept à huit mois environ. Le col est souple, mais fermé. Pas de bruits du cœur, pas de mouvements fœtaux. On décide d'évacuer l'utérus.

Le lendemain du jour de l'entrée, on pose une laminaire n° 20. Le surlendemain, on essaie en vain de placer un ballon de Champetier de 100 centimètres cubes. Un ballon de 50 centimètres cubes est placé facilement. La malade accuse des tranchées utérines violentes ; mais au bout de 48 heures, l'expulsion spontanée ne se fait pas.

On attend encore 24 heures ; les coliques s'espacent et diminuent d'intensité. On décide alors de faire un curetage.

Enlèvement du ballon. Dilatation moyenne. La curette ramène quelques fragments placentaires, plus un petit fœtus complet, mais d'un volume correspondant à quinze jours, trois semaines.

On continue le curettage et on parvient à extraire un placenta rouge charnu pesant au total 200 grammes.

On conserve le fœtus et un morceau de placenta.

Il est à noter que la malade déclare avoir eu, au cours de cette grossesse, des troubles plus accusés que dans les précédentes ; en particulier, vomissements survenant en moyenne trois ou quatre fois par jour.

Les urines de la malade examinées n'ont pas montré d'albumine pendant cette dernière grossesse.

Histodiagnostic. — L'étude histologique de cette formation placentaire montre l'image caractéristique d'une môle : les villosités placentaires sont revêtues par un syncytium, le plus souvent en pleine prolifération et stratification, qui arrive à combler en certains points, les lac sanguins intermédiaires. Ça et là s'observent, au contact de trophoblastes en voie de nécrose, des plasmodes à caractère monstrueux. Les villosités sont parfois œdémateuses, mais sont pour la plupart grêles et richement vascularisées, ce qui confirme bien le fait qu'il ne s'agit pas d'une variété hydatiforme de môle.

L'endomètre est visible sur les coupes, au contact des formations placentaires. Le chorion cytogène très développé est tout entier en métaplasie déciduale. Mais il est aussi le siège d'une prolifération tubulo-épithéliale intense et régulière.

Bien qu'il n'y ait pas de pénétration de cette caduque ancienne par les trophoblastes tumoraux, certains caractères cytologiques de cette môle laissent craindre que l'évolution d'un chorio-épithéliome ne soit déjà réalisée.

Au mois d'avril, l'existence de deux hémorragies importantes, la constatation clinique d'une augmentation de

volume de l'utérus, le caractère positif des réactions biologiques survenant chez une femme ayant expulsé un œuf anormal, dont les caractères histologiques avaient fait redouter déjà un début de dégénérescence maligne imposa l'idée d'un chorio-épithéliome et fit adopter une sanction chirurgicale.

La malade fut hystérectomisée le 25 avril et l'examen de la pièce ne montra pas de signes de dégénérescence.

CONCLUSIONS

1° La môle de Breus est donc une affection d'une extrême rareté. Les cas signalés sont une très faible proportion des avortements qui se produisent en très grand nombre. Il est possible d'ailleurs que quelques cas restent ignorés car le diagnostic est très difficile.

2° En pratique, le diagnostic est à peu près impossible à faire. On ne peut que supposer cette affection lorsque l'on se trouve en présence d'une grossesse paraissant arrêtée depuis longtemps à l'examen clinique et que l'on trouve une réaction Asheim-Zondeck positive.

3° Cette affection paraît bénigne dans le plus grand nombre des cas, la dégénérescence chorio-épithéliomateuse paraît absolument exceptionnelle. De plus, les hémorragies sont, en règle générale, peu abondantes, espacées et ne mettent pour ainsi dire jamais la vie de la malade en danger. Par la nature même des lésions de l'œuf le danger d'infection est à peu près nul et dans aucune observation nous ne l'avons trouvé signalé.

4° Il semble impossible à l'heure actuelle de préciser la pathogénie de cette affection et de trancher entre les deux théories en présence.

A) *Théorie hydramniotique* : DAVIDSOHN, ENGEL, TAUSSIG, BAUEREISEN, HAUSSER.

B) *La théorie de la dégénérescence des membranes* (KLEINE).

5° Cependant, il nous semble que dans certains cas, l'hydramnios apparaît ou s'accroît après la mort du fœtus, et que, si cet hydramnios joue un rôle essentiel dans la formation des hématomes sous-choriaux, il est lui-même fonction de cette anomalie biologique, à savoir la persistance de villosités choriales en état d'activité fonctionnelle longtemps (plusieurs mois) après la mort du fœtus, et ce serait pour nous l'élément important et encore inexpliqué de cette affection.

VU :

Le Doyen,

TIFFENEAU.

VU :

Le Président de la Thèse,

LÉVY-SOLHAL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM. — A propos d'une forme rare d'œuf abortif, considérations sur la pathogénie de l'hématome-môle (*Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1919, 221, XI.VII).
- ANDERSEN. — A case of mola tuberosa, Breus' môle (*Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, p. 293, vol. VI, fasc. 3).
- BAUEREISEN. — Ueber die hämatommole (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. Stuttgart*, 1904, LI, 309-319).
- BAUEREISEN. — Ueber einen Fall von Hämatommole (*Munchener Med. Wochens.*, 1904, LI, p. 178).
- BREUS. — Ueber hämatommolen (*Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, Berlin, 1897, pp. 522-526).
- BROCHIER et BOULEZ. — Hematolma subchoriale tuberosum (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon*, 3 mars 1936. *Bulletin de la Société*, t. XXV, n° 6, p. 479).
- ENGELMANN. — Ein Beitrag zur Lehre von der Hämatommole (*Beitr. z. Geburtsh und Gynaek. Festch. Frish*, Leipzig, 1902, pp. 125, 115).
- FOBE (H.). — Un cas d'hématome môle ou môle tubéreuse de Breus (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg*, séance du 7 décembre 1936, *Strasbourg médical*, n° 7, 5 mars 1936).
- GREIL. — Entstehung der hämatommole (*Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, Berlin 1922, LVII, pp. 55-56).
- HAMMERSCHLAG. — Hämatommole (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, pp. 373-377, 1931).
- HART (D.-B.). — The nature of the tuberosa fleshy môle syn fleshy môle, tuberosa subchorial hematoma of the decidua (*J. Obstetr. and Gynec. Brit. emp.*, London, 1902, I, pp. 479 487).
- KLEINE (H.-O.). — Die formalgenese der sog hämatom blasen-

- molen. Ein neuen theorie über die Entstehung von Breussechen molen blasen molen (*Archives f. Gynaek.*, 145-261-283, 1931).
- MICHOLOTSCH. — Ein fall von Breusscher hämatommole mit blasen molenähnlicher degeneration der chorionzotten (*Archivs r. Gynaek.*, Berlin, 1901, LXV, pp. 72-74).
- NEUMANN (J.). — Beitrag zur Kenntniss der Blasenmolen (*Wien. Klin. Wochens.*, 1897, X, p. 81).
- SIRTORI (C.). — Di alcune vedute interno alla partagenesi alla mola ematosa dell' utero (*Ann. di ostet.*, Milano, 1907, II, pp. 769-793).
- SPULER (R.). — Beitrag zur histologie der Blasenmole (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, Stuttgart, 1899, XI, pp. 129-132).
- REEB. — A propos d'une môle tubéreuse de Breus (*Le médecin d'Alsace et de Lorraine*, n° 16, septembre 1937).
- TAUSSIG (F.-J.). — Ueber die Breuss'sche hämatommole (*Arch. f. Gynaek.*, Berlin, 1903, LXVIII, p. 258-294).
- TAUSSIG (F.-J.). — The hematome môle its clinical and pathological characteristics and relations to early hydramnios (*Am. J. Obstet. Ny.*, 1904, L, pp. 456-472).
- VAN DEN HEUGEL. — De mola varicosa (hematom mola) (*Nederl. Tijdsch. v. Verlosk. en Gynec. B.*, Haarlem, 1902, XIII, pp. 118-144).

SAINT-AMAND (CHER), FRANCE. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE. — 10-6-1938.

